

請附上受術者身分證正反面影本，以備查核。

銷毀冷凍生殖細胞（精子、卵子）、卵巢組織或胚胎之同意書

一、立同意書人基本資料：

受術者（夫）：_____ 身份證號（統一證號）：_____

病歷號：_____ 護照號碼：_____

受術者（妻）：_____ 身份證號（統一證號）：_____

病歷號：_____ 護照號碼：_____

聯絡地址：（郵遞區號）_____

聯絡電話：（H）_____（Mobile）_____

二、生殖細胞或胚胎符合應予銷毀之條件：

項 目	應予銷毀類別及數量	應予銷毀條件
(1) 生殖細胞	☐ 精 子 _____ 管 ☐ 卵 子 _____ 個	受術夫妻之生殖細胞 ☐ 生殖細胞提供者要求銷毀 ☐ 生殖細胞提供者死亡（請檢附死亡證明書） ☐ 保存逾十年
(2) 卵巢組織	☐ 卵巢組織 _____ 管	☐ 人工生殖機構歇業
(3) 胚 胎	☐ 胚 胎 _____ 個	☐ 受術夫妻婚姻無效、撤銷、離婚或一方死亡 ☐ 保存逾十年 ☐ 受術夫妻放棄施行人工生殖 ☐ 人工生殖機構歇業

立同意書人同意將存放在成大醫院婦產部生殖醫學中心內符合上述應於銷毀條件之生殖細胞（精子、卵子）、卵巢組織或胚胎銷毀，立即生效。

立同意書人

受術者（夫）：_____（簽章） 日期：_____年_____月_____日

受術者（妻）：_____（簽章） 日期：_____年_____月_____日